



### 確保您的醫生瞭解：

- 您的健康歷史，包括以前有的疾病、治療和手術，以及您的家族遺傳疾病或健康狀況。
- 所有您正服用的藥物，包括非處方維他命藥物、保健品和中草藥。

### 討論您可能需要的照護：

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 定時體格檢查<br><input type="checkbox"/> 防疫注射<br><input type="checkbox"/> 幫助您戒煙<br><input type="checkbox"/> 幫助您控制飲酒量 | <input type="checkbox"/> 對抑郁、精神壓力或其他心理健康問題的援助<br><input type="checkbox"/> 眼科照護，包括青光眼篩檢<br><input type="checkbox"/> 聽力篩檢<br><input type="checkbox"/> 其他: _____ |
|---|---|

### 詢問您可能需要的篩檢：

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 血壓<br><input type="checkbox"/> 膽固醇<br><input type="checkbox"/> 血糖(糖尿病)<br><input type="checkbox"/> 乳房檢查和乳房X光攝影<br><input type="checkbox"/> 子宮頸癌 | <input type="checkbox"/> 直腸癌<br><input type="checkbox"/> 以健康風險為基準的化驗室檢驗<br><input type="checkbox"/> 性傳染病和艾滋病毒<br><input type="checkbox"/> 其他: _____ |
|--|---|

### 詢問常見健康問題：

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 懷孕計劃，包括服用葉酸<br><input type="checkbox"/> 避孕和性健康<br><input type="checkbox"/> 體重增加和飲食<br><input type="checkbox"/> 缺乏運動或因運動而導致的受傷 | <input type="checkbox"/> 月經問題(痛經或月經不正常，經血過多以及情緒波動等)<br><input type="checkbox"/> 鈣和骨質健康(骨質疏松)<br><input type="checkbox"/> 其他: _____ |
|--|--|

### 討論其他困擾您的問題：

- 與您的丈夫或伴侶溝通有問題
- 與您的孩子溝通或管教孩子有問題
- 在家或在工作場所有憤怒或暴力情況
- 其他: \_\_\_\_\_